



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

CARLA CAROLINA PIRES PINHEIRO

**ALTERAÇÕES NOS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DE
MULHERES COM DOR CRÔNICA CAUSADA POR
ARTRITE REUMATOIDE: AVALIAÇÃO DO RELATO DE
DOR, DOLOROMETRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL.**

Brasília - DF

2018

CARLA CAROLINHA PIRES PINHEIRO

**ALTERAÇÕES NOS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DE
MULHERES COM DOR CRÔNICA CAUSADA POR
ARTRITE REUMATOIDE: AVALIAÇÃO DO RELATO DE
DOR, DOLOROMETRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Prof^a. Ms. Doutoranda
Leticia Meda Vendrusculo Fangel.

Brasília – DF

2018

CARLA CAROLINA PIRES PINHEIRO

**ALTERAÇÕES NOS ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DE
MULHERES COM DOR CRÔNICA CAUSADA POR
ARTRITE REUMATOIDE: AVALIAÇÃO DO RELATO DE
DOR, DOLOROMETRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Ms. Leticia Meda Vendrusculo Fangel

Orientadora

Karoline Lazzarotto de Souza

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de.....

DEDICATÓRIA

“Dedico primeiramente a Deus, por sempre me acompanhar nesta jornada e a Nossa Senhora de Fátima por toda intercessão que teve sobre mim. Aos meus pais Carlos e Solange, por fazerem tudo pelos meus sonhos e por sempre acreditar em cada um deles. Obrigada a todos que de alguma forma estiveram ao meu lado neste processo de formação.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a minha intercessora Nossa Senhora de Fátima por sempre me acompanharem nesta árdua caminhada de 4 anos de formação, que me colocaram em pé diante de cada dificuldade e que me ajudaram a superar cada uma.

Meus agradecimentos infinitos aos meus pais que tanto me apoiaram e me deram toda a assistência durante esse tempo, sonhando comigo, permitindo meu foco total nos estudos, por compreenderem minha ausência em tantos compromissos familiares, obrigada por estarem comigo ao final dessa caminhada que foi difícil para todos nós. Ao meu sobrinho que tanto me levou alegria e a inocência da criança, Nicolas essa conquista também é sua, que mesmo tão novo sabe qual é a importância do estudo.

Aos amigos de longa data Pollyana Alves e Tiago Leles por acreditarem em mim e torcerem pela minha vitória, obrigada por todos esses anos de apoio e companheirismo, agradeço a Deus pelo nosso elo e por tudo que já compartilhamos juntos.

As amigas conquistadas na Universidade de Brasília, Ana Paula, Paloma, Sarah e Vanessa, agradeço por cada dia vivido ao lado de vocês na UnB, por cada trabalho ou troca de experiência, pelo apoio durante a realização do TCC e por sempre me motivarem a seguir em frente.

À Prof. Leticia Meda, por toda companheirismo, por me acolher e me ensinar tanto, obrigada por toda transmissão de conhecimento, por toda as oportunidades que foi oferecida, espero ser uma profissional com tanta empatia como você, fico grata por ter me acolhido em diversos momentos e espero levar essa parceria e amizade para além da UnB. Muito obrigada querida orientadora.

Agradeço aos preceptores de estágio I e II, Maiara Ioris e Kelly Ranyelle por todo o conhecimento compartilhado no período de estágio e por todas as experiências vividas juntas.

Aos demais professores do curso de Terapia Ocupacional por me ensinaram tanto sobre esta profissão e sobre ser mais humana com os pacientes. Agradeço especialmente as professoras Ana Cristina e Maria de Nazareth, que acrescentaram

muito em minha formação, pois me fizeram compreender as outras vertentes deste curso, agradeço imensamente a vocês duas por me fazerem ser uma futura Terapeuta Ocupacional mais completa.

E meus agradecimentos são também pelas meninas que me ajudaram a coletar e que estiveram na construção desse trabalho desde o início, Flávia e Giovana, desejo a vocês sucesso e um futuro promissor nas áreas que vocês escolherem atuar, vocês merecem. A equipe de Fisioterapia da Unieuro, coordenada pelo professor Renan Fangel, agradeço a cada um por todos os momentos de distração e conhecimentos compartilhados no HUB, desejo a vocês também sucesso na vida e na pesquisa em que realizam.

Cada um dos citados acima contribuiu por cada pedaço desta caminhada, vocês são exemplos e me motivam a buscar sempre o melhor. Gratidão por cada momento compartilhado ao lado de vocês.

Não deixe que as pessoas te façam desistir daquilo que
você mais quer na vida. Acredite. Lute. Conquiste. E
acima de tudo, seja feliz! (Autor Desconhecido)

RESUMO

Introdução: A Artrite Reumatoide é uma doença sistêmica autoimune, com caráter inflamatório, principal característica é o acometimento poliarticular, simétrico, que leva a deformidade e a destruição das articulações devido à erosão óssea e de cartilagem. O convívio com a dor durante grande período gera comprometimento no cotidiano, alterando as atividades de vida diária e sociais, impactando diretamente na qualidade de vida, capacidade funcional e parâmetros psicossociais. **Objetivo:** Este estudo visa compreender os níveis de relato e sensação de dor de mulheres com AR e o impacto da dor nas atividades cotidianas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória e descritiva. A coleta é realizada no Hospital Universitário de Brasília, entre Janeiro à Agosto de 2018. A pesquisa é organizada da seguinte ordem: Ficha de Dados Gerais e Clínicos, EVA – Escala Visual Analógica, IBD – Inventário Breve de Dor, Questionário de Incapacidade de Rolland Morris, Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz, Atividade Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Algômetro Digital – EMGSYSTEM. **Análise de dados:** As análises dos dados ocorreram por meio de tabulação em planilhas de dados pelo Software EXCEL, para a realização dos cálculos dos escores de cada instrumento. **Resultados:** De acordo com os dados obtidos do IBD, os principais pontos de dor apresentados foram no ombro direito 63%, seguido do ombro e joelho esquerdo (50%) e depois tornozelo esquerdo (38%). Em relação ao impacto da dor no cotidiano, os pontos mais afetados foram nas atividades gerais ($5,13 \pm 4,12$), seguido por Sono ($4,5 \pm 2,4$) e Trabalho ($4,5 \pm 3,7$). O questionário Roland Morris de Incapacidade apresentou média de $11,5 \pm 7,25$, o que identifica modificação moderada de sua funcionalidade. A Escala de Katz evidenciou que 100% destas mulheres são independentes em suas atividades de autocuidados. O Índice de Lawton apresentou que 50% das mulheres apresentaram-se semi-independentes e as outras 50% são independentes em suas atividades funcionais. A Algometria, a literatura apresenta que o máximo de pressão que uma pessoa saudável suporta é de 4kg/cm^2 . As participantes apresentaram limiares menores do que os valores apresentados na literatura, ou seja, apresentam maior sensibilidade em dois pontos: Trapézio e Deltóide. **Conclusão:** Conclui-se com os resultados obtidos por esta pesquisa apontam que o impacto da dor nas atividades diárias destas mulheres é afetado devido à dor crônica da Artrite Reumatoide, pois a sensação dolorosa na maioria dos casos é somente cessada com o uso de medicamentos. O uso de novas tecnologias para a avaliação inicial destas pacientes é essencial, pois apresenta qual a sensibilização da dor que ela possui naquela área, podendo tornar o tratamento terapêutico mais eficaz, evitando assim o impacto da dor nas atividades de vida diária.

Palavras chave: Artrite Reumatoide, Dor no Cotidiano, Autocuidado, Incapacidade e Independência.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis is a systemic autoimmune disease with an inflammatory character, the main characteristic of which is symmetrical polyarticular involvement, which leads to deformity and destruction of the joints due to bone and cartilage erosion. Living with pain during a long period generates daily impairment, altering activities of daily and social life, directly impacting quality of life, functional capacity and psychosocial parameters. **Objective:** This study aims to understand the levels of pain reported and sensation of women with rheumatoid arthritis and the impact of pain on daily activities. **Methodology:** This is a transversal, exploratory and descriptive research. The research is organized in the following order: General and Clinical Data Sheet, EVA - Visual Analog Scale, IBD - Brief Pain Inventory, Rolland Disability Questionnaire Morris, Katz Basic Daily Life Activities Scale (ABVD), Instrumental Daily Life Activity (AIVD) and Digital Algometer - EMGSYSTEM. **Data analysis:** The data analyzes were performed by tabulation in data sheets by EXCEL Software, to perform the calculations of the scores of each instrument. **Results:** According to the data obtained from the IBD, the main pain points presented were in the right shoulder 63%, followed by the shoulder and left knee (50%) and then left ankle (38%). In relation to the impact of daily pain, the most affected were in general activities (5.13 ± 4.12), followed by Sleep (4.5 ± 2.4) and Work (4.5 ± 3.7). The Roland Morris Disability Questionnaire presented an average of 11.5 ± 7.25 , which identifies a moderate modification of its functionality. The Katz Scale showed that 100% of these women are independent in their self-care activities. The Lawton Index showed that 50% of the women were semi-independent and the other 50% were independent in their functional activities. Algometria, the literature shows that the maximum pressure that a healthy person supports is 4kg/cm^2 . The participants had lower thresholds than the values presented in the literature, that is, they present greater sensitivity in two points: Trapezoid and Deltoid. **Conclusion:** It is concluded that the results obtained by this research indicate that the impact of pain on the daily activities of these women is affected due to the chronic pain of Rheumatoid Arthritis, because the painful sensation in most cases is only treated with medication. The use of new technologies for the initial evaluation of these patients is essential, since it presents the sensitization of the pain that it has in that area, being able to make the therapeutic treatment more effective, thus avoiding the impact of the pain in the activities of daily living

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Daily Pain, Self Care, Inability and Independence.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 14 |
| 3. OBJETIVOS | 16 |
| 3.1 Objetivo Geral | 16 |
| 3.2 Objetivo Específico | 16 |
| 4. METODOLOGIA | 17 |
| 4.1 Tipo de pesquisa | 17 |
| 4.2 Local de coleta e amostra | 17 |
| 4.3 Critérios de inclusão | 17 |
| 4.4 Critérios de exclusão | 17 |
| 5. COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS | 18 |
| 5.1 Ficha de Dados Gerais e Clínicos (Apêndice I) | 18 |
| 5.2 EVA – Escala Visual Analógica (Anexo I) | 18 |
| 5.3 IBD - Inventário Breve de Dor (Anexo II) | 18 |
| 5.4 Questionário Roland – Morris de Incapacidade (Anexo III) | 19 |
| 5.5 Índice de Lawton para Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Anexo IV) | 19 |
| 5.6 Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD), ou Escala de Katz (Anexo V) | 19 |
| 5.7 Algometria (Apêndice II) | 19 |
| 6. ANÁLISE DOS DADOS | 20 |
| 7. ASPECTOS ÉTICOS | 20 |
| 8. RESULTADOS | 21 |
| 8.1 Caracterização dos Pacientes | 21 |
| 8.2 Diagnóstico e dados clínicos | 22 |
| 8.3 Caracterização dos Questionários | 23 |
| 9. DISCUSSÃO | 26 |
| 10. CONCLUSÃO | 29 |
| 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 30 |
| 12. ANEXO I | 35 |
| 13. ANEXO II | 36 |

| | |
|-------------------------------|-----------|
| 14. ANEXO III | 39 |
| 15. ANEXO IV | 40 |
| 16. ANEXO V | 41 |
| 17. APÊNDICE I | 42 |
| 18. APÊNDICE II | 44 |
| 19. APÊNDICE III | 45 |

1. INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença sistêmica autoimune, de caráter inflamatório, na qual sua característica principal é o acometimento poliarticular, simétrico, que leva à deformidade e à destruição das articulações devido à erosão óssea e da cartilagem. (LAURINDO; PINHEIRO; XIMENES, 2002). Estas modificações levam a diferentes comprometimentos ao sujeito, dentre eles a dor crônica.

Sabe-se que devido às manifestações articulares da Artrite Reumatoide (AR), bem como o intenso processo inflamatório presente na fisiopatologia da doença, tem-se uma alta prevalência de dor crônica nos pacientes com AR. Na literatura, tem-se 80% dos pacientes com a AR terão dor crônica após cinco anos do diagnóstico, com piora na funcionalidade, na capacidade de trabalho, bem como um importante sofrimento psíquico associado à experiência dolorosa (ANDERSSON et al, 2013, SOKKA et al, 2013; RICE et al 2016)

A dor é um problema de saúde pública por sua prevalência, no Brasil é cerca de 30% e é responsável por um terço das consultas médicas (SBED,2010). É considerado um desafio à saúde global, pois se estima que mais de 40% da população mundial terá dor crônica em algum momento de sua vida (TEIXEIRA, PIMENTA,1995). É definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano” (LOESER, TREEDE,2008).

A dor crônica é uma condição persistente, definida por frequência maior que seis meses e com pelo menos três episódios de dor nos últimos três meses (MERSKEY, BOGDUK,1994). Apresentam alterações físicas, biomecânicas, emocionais e sociais. (KRELING et al,2006).

Devido ao grande período de convivência com a dor, os pacientes relatam exacerbação destes fatores, gerando comprometimento no seu cotidiano, fato que altera a realização das atividades de vida diária e sociais, que impacta diretamente a qualidade de vida dos sujeitos, prejudicando os parâmetros psicossociais e a capacidade funcional destes sujeitos (SALAFFI, et al,2009; ROBINSON et al,2011). Estes pacientes são onerosos aos serviços de saúde, devido aos altos gastos com medicamentos, reabilitação

e absenteísmo do trabalho e baixa produtividade e capacidade funcional (BENTO, PAIVA, SIQUEIRA, 2009; FERNANDES et al, 2011).

A dor é complexa e multifatorial, o que dificulta a avaliação e justifica a necessidade de várias técnicas, tais como: questionários, escalas numéricas e índices não verbais, como parâmetros bioquímicos e biomecânicos (FERREIRA et al, 2001; PROVENZA et al, 2004) que proporcionam uma adequada investigação da doença, mas dificulta a sua utilização em grande escala.

A dor crônica provoca consequências biopsicossociais no sujeito (MELLO; DE CARLO; LUZO, 2004), que podem ocasionar alterações na personalidade, nos hábitos e práticas da vida cotidiana e na funcionalidade do indivíduo (ENGEL, 2005). Com isso, entende-se que a dor crônica vem afetando várias vertentes no cotidiano do indivíduo, bem como em aspectos psíquicos e, também, sociais acarretando mudanças no dia a dia do sujeito e adaptações em suas rotinas e hábitos.

No estudo de Andersson e colaboradores (2013) observou-se que 34% dos pacientes referiram dor crônica difusa, 46% referiram dor crônica regionalizada, com maior prevalência em mulheres. O impacto da dor crônica generalizada foi maior em relação à saúde global e funcionalidade e com a atividade da doença, sendo necessário compreender que a dor crônica não é apenas um sintoma da AR e sim uma doença associada, devido ao contexto biopsicossocial mais amplo e maior impacto na vida cotidiana.

A intervenção do terapeuta ocupacional voltado à dor crônica é no intuito de minimizar dor, aumentar o controle da dor, promover saúde e qualidade de vida, favorecer a independência, manter e/ou restabelecer os papéis ocupacionais, além de favorecer autoestima e melhorar o desempenho nas atividades básicas de vida diária (FUCHS & CASSAPIAN, 2012).

O Algômetro é o nome oficial do instrumento e pode ser conhecido também como dolorímetro, foi desenvolvido para medir o limiar de dor que o paciente suporta em quaisquer pontos do corpo, por meio de pressão. A pressão que é suportável para uma pessoa saudável é de 4Kg/cm². O equipamento é utilizado tanto para diagnósticos do paciente, quanto para acompanhar o processo de recuperação, pois se o limiar da dor for maior que obtido no começo do diagnóstico, nota-se assim melhoras na condição do paciente (SILVA et al, 2008)

2. JUSTIFICATIVA

O público alvo do estudo são mulheres com AR que sofrem com dores crônicas, que apresenta como objetivos avaliar o impacto da dor da AR utilizando o algômetro e sua correlação com a realização de atividades cotidianas. A dor, por sua multidimensionalidade, acarreta em alterações nas atividades cotidianas, diminuindo o grau de capacidade funcional destas mulheres. Segundo Laurindo e colaboradores (2002) a progressão da doença trás aos pacientes, incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissional, trazendo também impactos econômicos para o paciente e para a sociedade.

A dificuldade na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) é a principal queixa em pacientes com AR, ocasionando limitações nas realizações das tarefas rotineiras. O terapeuta ocupacional é o profissional da área da saúde que tem o olhar para a melhoria no desempenho dessas atividades, em busca da prevenção das limitações funcionais, adaptações no cotidiano, manutenção e restabelecimento do estado emocional e participação social na vida do paciente. (ALMEIDA et. al, 2015)

Os resultados favorecerá a construção de novas tecnologias de avaliação para dor. E ainda, com a identificação destas modificações em atividades cotidianas, possibilitará que os terapeutas ocupacionais atuem junto a mulheres com Artrite Reumatoide, possam construir novas estratégias e tecnologias de tratamentos.

O serviço de terapia ocupacional é para a melhoria do desempenho ocupacional (PEDRETTI; EARLY, 2005) tendo a função de promover uma vida produtiva e de significados para o sujeito, apesar da dor existente, por meio da precaução de incapacidades, da promoção da funcionalidade e do bem-estar ao realizar e desempenhar as atividades cotidianas (DE CARLO; ELUI; PACKER, 2007).

A AR tem potencial de incapacitar o indivíduo para a realização das atividades de vida diária e impactam o cotidiano destes indivíduos. Muitos deixam de trabalhar, de realizar atividades de casa, gerando a eles sensação de dependência, podendo assim acarretar em alterações emocionais. A artrite reumatoide (AR) como dito é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica e autoimune, que pode resultar em incapacidade funcional e alterações emocionais. Essas alterações podem interferir de forma negativa

no desempenho das atividades de vida diária e do trabalho, impacto na qualidade de vida (CAMPOS et. al, 2013). No estudo de Campos (2013) é apresentada a depressão como sintoma mais comum em pacientes com AR, relata que a uma estreita relação entre a depressão e os estágios iniciais de incapacidade física em pacientes com AR e também que esses pacientes tornaram-se mais depressivos com a evolução da doença.

Em um trabalho realizado em 2001 por Piovesan e colaboradores, mostra-se que a algometria ou dolorometria é uma técnica que visa quantificar através de estímulos físicos a capacidade de percepção e de tolerância dolorosa. Na literatura brasileira não encontra-se a correlação da utilização do Algometro com a AR, foi encontrado artigos abordando a utilização do aparelho na Fibromialgia, na Disfunção Temporomandibular, Sarcopenia e/ou Dor Cranio cervical.

3. OBJETIVO

Os objetivos deste estudo, apresentados de forma geral e específica, envolvem compreender os níveis de relato e sensação de dor de mulheres com artrite reumatoide, bem como os impactos da dor nas atividades cotidianas.

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar o impacto da dor da Artrite Reumatoide utilizando o algômetro e sua correlação com a realização de atividades cotidianas.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o nível de dor relatado pelas pacientes, correlacionando com o nível de dor obtido pela avaliação de algometria;
- Identificar o impacto da dor na capacidade funcional por meio do Índice de Lawton de mulheres com AR, acompanhadas no Hospital Universitário de Brasília;
- Identificar por meio do IBD os pontos de dor relatados pelas pacientes;
- Identificar usando o questionário Roland-Morris de Incapacidade para avaliar a incapacidade física das pacientes.
- Identificar utilizando a Escala de KATZ à independência das mulheres em suas atividades básicas de vida diária.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Por se tratar de um estudo de avaliação dos pacientes portadores de dor crônica, será realizada uma pesquisa transversal, exploratória, e descritiva, com análise quantitativa dos dados. Este tipo de pesquisa é centrado na objetividade da informação. Para sua realização é necessária dispor de instrumentos padronizados para coleta e compreensão dos dados coletados. Desta forma, a pesquisa quantitativa ressalta o raciocínio dedutivo e os requisitos passíveis de mensuração da vida humana (POLIT, BECKER E HUNGLER, 2004, p.201).

4.2 Local de coleta e Amostra

A coleta de dados foi realizada nos Ambulatórios de Reumatologia no Hospital Universitário de Brasília (HUB), no período de Maio à Agosto de 2018 com mulheres que fazem acompanhamento em algum destes ambulatórios.

A população que compõe este estudo é de mulheres com artrite reumatoide com classificação de dor crônica, que estavam na sala de espera aguardando o atendimento com médicos especialistas. Está sendo realizada coleta com uma amostra de conveniência.

4.3 Critérios de Inclusão

- Maiores que 18 anos, ser mulher;
- Diagnóstico de artrite reumatoide;
- Realizar acompanhamento em pelo menos um dos ambulatórios;
- Ter tido pelo menos três episódios de dor nos últimos três meses e dor com duração maior que seis meses;
- Capacidade de preencher o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Ter sido triado para o projeto: Dores Crônicas e determinantes biopsicossociais e culturais: proposta de avaliação de fatores de risco e proteção desta população.

4.4 Critérios de Exclusão

- Ter diagnóstico de dor aguda;
- Estar grávida;

- Ter alguma doença com alta chance de mortalidade prévia;
- Não ter capacidade de preencher o termo de consentimento livre e esclarecido.

5. COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados aconteceu por meio de questionários padronizados e validados para o Brasil e análise de dolorimetria, por meio de Algômetro de pressão. O questionário da pesquisa é organizado na seguinte ordem: ficha de dados gerais e clínicos, EVA – Escala Visual Analógica, IBD – Inventário Breve de Dor, Questionário de Incapacidade de Rolland Morris, Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz, Atividade Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e algometria. Esta coleta é realizada antes dos atendimentos médicos em sala reservada no Ambulatório, com tempo estimado de 30 minutos a 40 minutos. Uma breve descrição de cada análise realizada e os parâmetros medidos será relatada a baixo:

5.1 Ficha de Dados Gerais e Clínicos (APÊNDICE I)

A ficha de dados gerais e clínicos é composta para colher os dados pessoais, perfil socioeconômico, tempo de doença, tempo de sintomas, critério de inclusão e exclusão, dados gerais da doença, os dados clínicos são sobre o diagnóstico, tipo de medicamento, realização de outros tratamentos não farmacológicos, entre outros.

5.2 EVA – Escala Visual Analógica (ANEXO I)

É utilizada para mensuração da dor do paciente naquele momento, a escala varia de 0 a 10, onde zero é ausência total de dor e dez é nível de dor máxima.

5.3 O IBD - Inventário Breve de Dor (ANEXO II)

Questionário multidimensional da dor possui questões abertas, curto, autoexplicativo e que abrange diversos aspectos da dor. Este instrumento é dividido em cinco partes, têm-se como parte integrantes questões sobre a relação entre a dor e o diagnóstico da doença, um diagrama corporal para a localização dos pontos doloridos, descrição dos tratamentos realizados para alívio da dor e impressão do paciente quanto a dor percebida. Há outro momento que o paciente é questionado quanto à interferência da dor nas suas atividades cotidianas, tais como atividades de vida diária, sono, humor, marcha e, ainda de seu impacto na participação social. Os escores de cada questão são

avaliados individualmente, pela somatória em cada grupo de questão (PIMENTA, TEIXEIRA, CORREIA, 1994).

5.4 Questionário Roland – Morris de Incapacidade (ANEXO III)

É uma medida para avaliar a incapacidade física em pacientes com dor geral. Possui 24 itens com pontuações de zero ou 1 (sim ou não) e o total varia de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). (SARDÁ et al, 2010). Segundo SARDÁ (2010) é um instrumento de simples aplicabilidade, dura até 5 minutos, fácil de calcular e analisar. O Roland Morris é um estudo validado em 12 línguas e adaptado para todas as populações. Um estudo conduzido por Nusbaum e colaboradores (2011) descreveu confiabilidade e validade satisfatórias para a tradução brasileira desta medida.

5.5 Índice de Lawton para Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (ANEXO IV)

Avalia o desempenho da pessoa em relação as atividades instrumentais a fim de verificar a sua independência funcional. A pontuação máxima possível são 27 pontos. Existem três respostas possíveis às perguntas que variam de: independência, dependência parcial ou dependência, que consistem, respectivamente, nas seguintes possibilidades: sem ajuda, com ajuda parcial e não consegue. (BRASIL, 2006).

5.6 Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD), ou Escala de Katz (ANEXO V)

Foi desenvolvida para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos (LINO et.al, 2008). A EIAVD consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: banho vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. A pontuação varia entre zero e um, onde um é não conseguir realizar essas atividades sozinhas, sem ajuda de terceiros e zero é conseguir realizar de forma independente estas atividades.

5.7 Algometria (APÊNDICE II)

Foi realizado por aparelho específico com área de 1cm², mantido perpendicularmente nas áreas selecionadas para a pesquisa. Em cada local era aplicada

uma força constante de 30KPa/s. Realizou-se 8 medidas, sendo 4 do lado esquerdo e as demais no lado direito, com intervalos de 30 segundos em cada ponto.

6. ANÁLISE DE DADOS

Neste estudo, as análises dos dados ocorreram por meio de criação de planilha de dados no Software EXCEL®. Após esta tabulação, os dados foram analisados por meio de análise descritiva e de correlação com o Software SPSS-23.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho é parte integrante do projeto intitulado “Dores Crônicas e determinantes biopsicossociais e culturais: proposta de avaliação desta população no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal” foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. CEP da Faculdade de Ciências da Saúde nº CAAE: 31013314.3.0000.0030. Sob o parecer nº 1.014.617 de 08/04/2015.

Toda coleta do estudo foi realizada no HUB - Hospital Universitário de Brasília no qual a docente possui firmada desde 2015, o local disponibilizou uma sala para realização da coleta. O estudo é realizado quatro dias da semana, segunda-feira, terça-feira, quinta-feira e sexta-feira, com supervisão da docente orientadora da pesquisa.

O projeto possui financiamento do Projeto EFP_00012357 do PP-SUS da FAP-DF, com este recurso financeiro foi realizado o pedido para a compra do Algômetro Digital – EMGSYSTEM no valor de R\$ 6.000,00 reais.

8. RESULTADOS

8.1 Caracterização dos participantes

A amostra do estudo é composta somente por mulheres, em um total de oito participantes, vale salientar que a pesquisa segue em processo de coleta de dados. A média de idade é de $54,5 \pm 6,61$, na qual 50% são procedentes do Distrito Federal, 12,5% no entorno e 37,5% em outros estados como Minas Gerais, Tocantins e Piauí. Quanto ao estado civil 37,5% são casadas, 37,5% solteiras, 12,5% são divorciadas e 12,5% viúvas (Tabela 1).

Tabela 1 - Apresentação da frequência e porcentagem do estado civil das participantes.

| Estado Civil | (N) | (%) |
|--------------|-----|------|
| Solteira | 3 | 37,5 |
| Casada | 3 | 37,5 |
| Divorciada | 1 | 12,5 |
| Viúva | 1 | 12,5 |

Legenda: N = número de participantes; % = porcentagem.

No que diz respeito ao grau de escolaridade (Tabela 2) 12,5% da amostra não são alfabetizadas, 37,5% apresentam o primeiro grau incompleto, 12,5% segundo grau completo, 12,5% superior incompleto e 25% ingressaram no ensino superior e completaram.

Tabela 2 - Apresentação da frequência e porcentagem da escolaridade das participantes.

| Escolaridade | (N) | (%) |
|---------------------|-----|------|
| Analfabeta | 1 | 12,5 |
| 1º Grau Incompleto | 3 | 37,5 |
| 2º Grau Completo | 1 | 12,5 |
| Superior Incompleto | 1 | 12,5 |
| Superior Completo | 2 | 25 |

Legenda: N = número de participantes; % = porcentagem.

Relacionado à profissão temos que duas participantes estão empregadas e seis estão desempregadas, 75% estão desempregadas tendo como justificativa a aposentadoria, afastamentos pelo INSS, AR ou a dor causada pela AR e 25% estão empregadas, exercendo profissões de autônomo e professora. Dentre as profissões relatadas que realizavam anteriormente, 50% das participantes eram domésticas, 37,5% eram recepcionistas e 12,5% professora.

Com estes dados coletados até os momentos temos que a maioria está desempregada, visto que 50% delas anteriormente exerciam a atividade laboral de doméstica que é considerada uma profissão que gera grande esforço físico, sendo mais intensa e realizada em grande parte de forma braçal. Supondo assim, que poderá ter tido um desgaste articular referindo-se a profissão.

Em relação a atividades de lazer, 75% realizam e 25% não, no qual 37,5% relataram a religião como uma forma de lazer, as demais relatam atividades de artesanais, ao ar livre, tais como: viagem, clube, passeios ao parque e também teve relato de atividades de plantação e reciclagem. Todas as participantes referiram fazer parte de algum tipo de religião, sendo elas, católica (37,5%), evangélica (37,5%), espírita (12,5%) e outras (12,5%).

8.2 Diagnóstico e dados clínicos

O diagnóstico de todas as participantes é de AR, sendo que, além da AR 37,5% apresentam osteoporose, 37,5% fibromialgia, 12,5% artrose e os outros 12,5% somente AR (Tabela 3). O tempo de diagnóstico tem como média e desvio padrão de $21,5 \pm 6,61$ anos e o tempo de sintomatologia $167,14 \pm 161,67$ meses. No que diz respeito aos episódios de dor nos últimos três meses (90 dias), há uma média de $49,13 \pm 41,39$ dias, sabendo que, o mínimo foi de 4 e o máximo de 90 dias, no qual 37,5% da amostra referiu episódios de dor de 90 dias nos últimos três meses.

De acordo com os dados colhidos sobre o tratamento, todas as pacientes fazem uso de algum tipo de medicamento, entre eles Ácido Fólico (37,5%), duas pacientes (25%) fazem uso de medicações antidepressivas, sendo uma delas Fluoxetina e Amitriptilina, 100% das participantes fazem uso de medicamentos antirreumáticos, sendo eles: Metrotexato, Leflunomida, Abatacepte, Ibuprofeno e Toxicodendron, as demais medicações são para Tireoide (Levotiroxina), medicação hormonal

(Prednisona), antiepilético (Pregabalina), antibacteriano (Sulfadiazina), Osteoporose (Cálcio e Aledronato de Sódio) e para dores (Tramal).

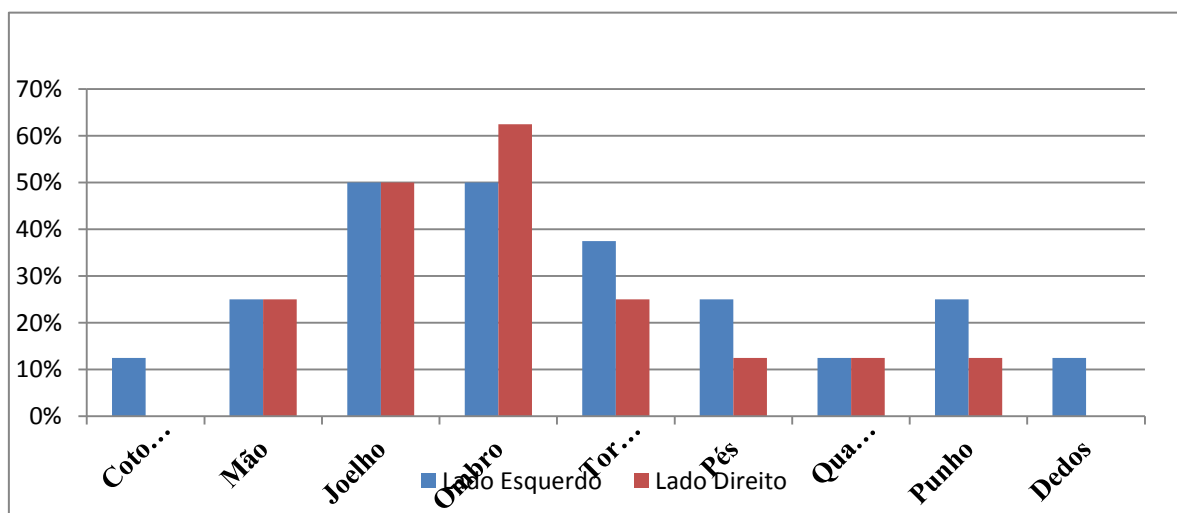
A prática de exercício físico é realizado por 50% das participantes como uma forma de tratamento. Dentre as atividades físicas relatadas estão: hidroginástica e caminhada

8.3 Caracterização dos Questionários

A mensuração de dor das participantes no momento da coleta foi realizada por meio do EVA, foi obtida uma média de dor $4,38 \pm 3,16$, sendo assim a dor no momento da coleta pode ser relativamente dor moderada.

De acordo com os dados obtidos do IBD, 75% das participantes relataram não terem sentido outro tipo de dor além da dor da AR na última semana, porém 25% disseram sentido outras dores, tais como: dor de cabeça ou dor de dente. Os maiores pontos de dor apresentados por elas foram no ombro direito (63%), ombro e joelho esquerdo (50%) e tornozelo esquerdo (38%), conforme apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 1 - Pontos de dor relatado pelas participantes no IBD



OIBD classifica a dor em máximo, mínimo dentro da ultima semana, e a média de dor vivida pelo paciente (Tabela 3).

Tabela 3 - Apresentação do mínimo, máximo de dor na ultima semana e a média de dor das participantes

| | Mínimo | Máximo | Média/DP |
|--|--------|--------|-----------|
| Máximo de dor sentido na última semana | 2 | 10 | 5,25±2,87 |
| Mínimo de dor sentido na última semana | 0 | 7 | 3,38±2,45 |
| Média de dor sentida | 1 | 7 | 4,47±2,19 |

Legenda: DP = Desvio Padrão

O questionário também descreve o nível de dor relatado pelas participantes naquele exato momento, assim como o EVA, porém a média de dor 3,88±2,85 se difere do questionário anterior, que apresentava uma média pouco maior. Esta discrepância pode ocorrer pelo fato do EVA ser de mais fácil entendimento que o do IBD, dado que a maioria das mulheres participantes da pesquisa possui o primeiro grau incompleto.

O alívio da dor para 25% delas são somente medicamentoso, outros 25% se referem ao HUB, ou seja, as consultas médicas para o alívio da dor, 12,5% realiza outros tratamentos entre eles, fisioterapia e 25% deixaram esta pergunta em branco e 12,5% relatou que as atividades de lazer ajudam no alívio das dores. O máximo que estes medicamentos e tratamentos aliviaram a dor delas foi 90% e o mínimo 0%.

Tabela 1 - Apresentação do mínimo, máximo do impacto da dor no cotidiano, com apresentação da média e desvio padrão.

| | Mínimo | Máximo | Média/DP |
|-----------------------------|--------|--------|-----------|
| Atividade geral | 0 | 10 | 5,13±4,12 |
| Disposição | 0 | 9 | 3,63±3,46 |
| Capacidade de andar a pé | 0 | 10 | 5,25±4,17 |
| Trabalho | 0 | 9 | 4,5±3,7 |
| Relações com outras pessoas | 0 | 8 | 3,25±3,37 |
| Sono | 1 | 8 | 4,5±2,4 |
| Prazer de viver | 0 | 10 | 2,75±4,03 |

Legenda: DP=Desvio Padrão

O questionário Roland Morris de Incapacidade variou entre o score mínimo de 1 e o máximo de 19, com média de 11,5±7,25 estes dados apontam a capacidade física destas mulheres, porém a scores preocupantes, chegando a quase 24 número máximo que apresenta incapacidade física.

A Escala de Katz mede o desempenho dos indivíduos em desenvolver suas atividades de autocuidados, e foi apresentado que 100% destas mulheres são independentes em suas atividades de autocuidados, que mesmo com dor, conseguem manter o cuidado com elas. O Índice de Lawton que avalia as atividades instrumentais de vida diária, sendo assim 50% das mulheres apresentaram-se semi independentes e as outras 50% são independentes em suas atividades funcionais.

A Algometria foi aplicada em oito pontos das participantes (Tabela 5) a literatura apresenta que o máximo de pressão que uma pessoa saudável suporta é de 4kg/cm². Com os dados apresentados pode-se referir a sensibilidade de alguns pontos a pressão, sendo eles: Trapézio e Deltoide.

Tabela 5 - Apresentação do mínimo e máximo de pressão exercida nas participantes, com média e desvio padrão.

| Pontos de pressão | Mínimo (kgf) | Máximo (kgf) | Média/DP |
|--------------------|-----------------|--------------|-----------|
| Trapézio Direito | 1,16 | 4,37 | 2,85±1,07 |
| Trapézio Esquerdo | 1,10 | 4,72 | 2,78±1,46 |
| Deltoide Direito | 1,80 | 4,84 | 2,56±1,15 |
| Deltoide Esquerdo | 1,29 | 4,28 | 3,56±1,04 |
| Antebraço Direito | 0,6 | 6,83 | 6,07±2,26 |
| Antebraço Esquerdo | 1,28 | 5,67 | 4,93±1,71 |
| Punho Direito | 0,6 | 4,96 | 4,91±1,66 |
| Punho Esquerdo | 1,24 | 4,38 | 4,35±1,36 |

Legenda: DP = Desvio Padrão

9. DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar o impacto de dor na capacidade de desempenhar as atividades de vida diária, com medidor de força: o Algometro. A pesquisa teve início em julho de 2017, mas os dados começaram a ser coletados em maio de 2018, devido a fatores financeiros e terá continuidade até meados de julho de 2019.

A amostra apresentada na pesquisa é pequena, mas é inovadora, pois apresenta um método de avaliação novo para a Artrite Reumatoide. O estudo terá continuidade, para que o número de pacientes aumente e os dados possam mostrar mais fatores para novas pesquisas. Com os resultados obtidos podemos observar o impacto que a dor crônica provinda da AR gera nas atividades diárias destas mulheres, os fatores são múltiplos e variam de paciente para paciente.

A dor é considerada um sinal vital tão importante quanto os outros (frequências cardíaca e respiratória, temperatura corpórea, pressão arterial) e deve sempre ser avaliada em um ambiente clínico, para se empreender um tratamento ou conduta terapêutica. A eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração da dor confiável e válida (PEDROSO; CELISH, 2006).

Portanto, este trabalho visa novos meios de mensuração da dor na AR, utilizando de questionários padronizados e a Algometria, para que a avaliação destes pacientes seja mais precisa e também tenha mais eficiência na confirmação do diagnóstico. A criação de novos tratamentos é de extrema importância para que possibilitem estas pessoas a terem maior capacidade funcional de realizar suas atividades de vida diária e atividades laborais, ou seja, o trabalho remunerado.

Em média 75% das mulheres apresentaram-se desempregadas devido à fatores decorrentes da doença. Conforme Corbacho (2010) as pessoas diagnosticadas com AR desistem de suas profissões e/ou ocupações 20 anos antes do esperado, acarretando sérios prejuízos em sua qualidade de vida. O grande desafio para a saúde pública em décadas futuras é devido ao diagnóstico, manutenção e prevenção de possíveis ameaças relacionadas à incapacidade funcional, em prol de longevidades com total qualidade de vida, independência e autonomia. (DEL DUCA et. al, 2009).

Entende-se que a artrite reumatoide acomete indivíduos em idade produtiva de trabalho e pode estabelecer uma considerável limitação na capacidade funcional e ausência de capacidade laboral (PARREIRA, 2013). Com isso, os resultados já

apresentados demonstraram pontos relevantes quanto ao absenteísmo no trabalho e a produtividade de mulheres diagnosticadas com AR.

A aposentadoria das mulheres no Brasil é a partir dos 65 anos, ou pelo tempo mínimo de contribuição que é de 30 anos, segundo fontes do INSS. As pacientes do estudo, possuem média de 54,5 e 75%, ou seja, seis delas, estão desempregadas ou aposentadas por invalidez. Segundo Mota e colaboradores (2012) o caráter crônico e destrutivo da doença pode levar a importante limitação funcional, com perda de capacidade laboral e de qualidade de vida, a menos que o diagnóstico seja feito em fase inicial da doença e o tratamento determine melhora clínica. A busca por um diagnóstico prematuro, é essencial para que os pacientes portadores desta patologia não percam a capacidade de exercer suas profissões.

O tratamento da AR consiste em uso de medicamentos, reabilitação (fisioterapia e terapia ocupacional), apoio psicossocial para o paciente e a família, e também abordagens cirúrgicas. Mota et al (2012) apresenta que as terapias medicamentosas podem incluir uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINH), corticoides, drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) sintéticas e biológicas e drogas imunossupressoras.

Para avaliar e mensurar a dor existe os instrumentos unidimensionais e os multidimensionais; os unidimensionais analisam apenas uma dimensão, em geral a intensidade (EVA) e por esse motivo a aplicação é fácil e rápida; e, os instrumentos multidimensionais são mais complexos (IBD), avaliando vários aspectos da dor como a natureza, intensidade, características sensoriais, afetivas e seu impacto nas AVDS e AIVDS (CUNHA;MAYRINK, 2011).

Estudos realizados apontam que a dor sentida por mulheres com Fibromialgia que não realizam atividade física segundo o EVA tem a média de 8, ou seja, considerando uma dor grave, as mulheres do estudo apresentaram média de 4,38 e 50% das pacientes relatam realizar exercícios físicos regularmente, vemos assim que a relação entre a pratica de exercícios e a diminuição da sintomatologia da dor da AR.

Os pontos avaliados pela a algometria demonstraram que o Trapézio e Deltóide em ambos os lados apresentaram um limiar de dor menor que o mostrado pela literatura, podemos correlacionar estes resultados com o IBD, pois o instrumento apresenta que 63% das pacientes possuíam dores no ombro direito.

A articulação do ombro está intrinsicamente atrelada ao músculo deltoide que realiza os movimentos de abdução, flexão e extensão do ombro, os números apontados pela a algometria apresentaram que este musculo obteve $2,56 \pm 1,15$ em lado direito. Não sabemos qual o lado dominante das pacientes, mas a literatura aponta que por volta de 70% da população possui o lado direito como dominância (FÓZ, 2017).

Os questionários que avaliaram as AVD e AIVD mostrou que 100% das pacientes possuem independência no autocuidado (AVD), mas quando avaliado as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) os resultados foram que 50% delas são semi independentes, este fator pode estar relacionado com o fato de que tais atividades pedem mais esforço muscular e maior amplitude de movimento, podendo estar atrelado aos números apresentados pelo IBD e também pela algometria.

O algômetro avaliou oito pontos de dor, sendo que um deles foi o Trapézio, este ponto doloroso, é um ponto de dor comum em pacientes com Fibromialgia (PROVENZA, 2004) neste estudo 37,5% das pacientes possuem AR e Fibromialgia. Segundo Passos (2016) é comum haver associação da artrite reumatoide com fibromialgia, o que torna o paciente especialmente suscetível à dor e estresse.

A falta de pesquisas nesta área torna essa pesquisa inovadora, pois o uso do algômetro como um instrumento de avaliação para a AR é algo que não foi feito e que demonstrou eficácia. O investimento para se desenvolver novos modelos de avaliação para está patologia é essencial, para que evite prejuízos articulares para estes pacientes e também diminuir o abandono das atividades remuneradas, muitos pacientes aposentam-se novos por invalidez devido a AR.

As pessoas diagnosticadas com AR desistem de suas profissões e/ou ocupações 20 anos antes do esperado, acarretando sérios prejuízos em sua qualidade de vida. O grande desafio para a saúde pública em décadas futuras é devido ao diagnóstico, manutenção e prevenção de possíveis ameaças relacionadas à incapacidade funcional, em prol de longevidades com total qualidade de vida, independência e autonomia. Entende-se que a artrite reumatoide acomete indivíduos em idade produtiva de trabalho e pode estabelecer uma considerável limitação na capacidade funcional e ausência de capacidade funcional. Com isso, os resultados já apresentados demostraram pontos relevantes quanto ao absenteísmo no trabalho e a produtividade de mulheres diagnosticadas com AR.

Visto todos estes fatores, a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas na área da reumatologia, é de extrema importância, pois quanto mais cedo for o

diagnóstico, maiores chances de reabilitação estes indivíduos terão. Quanto menor for o impacto da dor crônica na vida destes pacientes, menores também serão os custos na rede do SUS e na rede privada de saúde, e menor será a utilização de medicamentos por estes pacientes.

10. CONCLUSÃO

Conclui-se que o impacto da dor nas atividades diárias destas mulheres é afetado devido à dor crônica da Artrite Reumatoide, pois a sensação dolorosa na maioria dos casos é somente cessada com o uso de medicamentos. O uso de novas tecnologias para a avaliação inicial destas pacientes é essencial, apresentando qual a sensibilização da dor que ela possui naquela área, podendo tornar o tratamento terapêutico mais eficaz, evitando assim o impacto da dor nas AVD ou AIVD.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA PHTQ, PONTES TB, MATHEUS JPC, MUNIZ LF AND MOTA LMH (2015) Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber? Rev. Bras. Reumatol 55: 272-80;
- ANDERSON ME, SVENSSO B, and BERGAN S. Chronic widespread pain in patients with rheumatoid arthritis and the relation between pain and disease activity measures over the first 5 years, The Journal of Rheumatology, 2013. 40(12): 1977–1985;
- BENTO, AAC.; PAIVA, ACS; SIQUEIRA, F B. Correlação entre incapacidade, dor – Roland Morris e capacidade funcional – SF-36 em indivíduos com dor lombar crônica não específica. e-scientia, v. 2, n.1, 2009;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19). Disponível em: Acesso em: 23 de março de 2017;
- CAMPOS, APR, et al. Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. Fisioter Pesq. 2013;20(4):401-407;
- CORBACHO, MI; DAPUETO, JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol, v. 50, n. 1, p. 31-43, 2010;
- CUNHA, LL.; MAYRINK, WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. Revista Dor, v. 12, n. 2, p.120-4, abr-jun, 20;
- DE CARLO, MMRP.; ELUI, VMC.; PACKER, MP. Terapia Ocupacional e Atenção a Pacientes com Dor não-oncológica. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca, 2007. p. 167-190;
- DEL DUCA G, SILVA M, HALLAL PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev Saude Publica. 2009; 43(5):796-805. DOI:10.1590/S0034- 89102009005000057;

- ENGEL, JM. Controle da dor. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para as disfunções físicas. 5. ed. São Paulo: Roca, 2005. p. 518-525.
- FERNANDES, R L. et al. Absenteísmo em Hospital Filantrópico de Médio Porte. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 32, n. 1, p. 3-14, jan./jun. 2011;
- FERREIRA, PEMS. Dor Crônica – Avaliação e Tratamento Psicológico. In: ANDRADE FILHO, ACC (ed.) Dor: Diagnóstico e Tratamento, São Paulo, Rocca, 2001.p.7;
- FLOR and DC TURK. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. Journal of Behavioral Medicine, 1988 11(3): 251–265;
- FOZ, A. Lateralidade e dominância cerebral: esclarecimentos importantes para a educação escolar. Disponível em: <<https://tutores.com.br>> .Acesso em: 22 de novembro de 2018;
- FUCHS, M.; CASSAPIAN, MRA. Terapia Ocupacional e a dor crônica em pacientes de Ortopedia e Reumatologia: revisão bibliográfica. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 107-119, 2012. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.012>;
- KRELING MCGD, CRUZ DALM, PIMENTA CAM. Prevalência de dor crônica em adulto. Rev Bras Enferm, v.59, n.4, p.509-513, 2006;
- LAURINDO IEM, PINHEIRO GRC, XIMENES AC, et al: Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. Rev Bras Reumatol 42(6): 355-61, 2002;
- LAURINDO IMM et al. Artrite reumatoide: diagnóstico e tratamento. Rev. Bras. Reumatol. 2004, vol.44, n.6, pp.435-442.
- LINO, VTS et. al. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (escala de katz). Cad. Saúde Pública vol.24 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2008;
- LOESER, JD, TREEDE, RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. Pain, n.137, p.473-477, 2008;

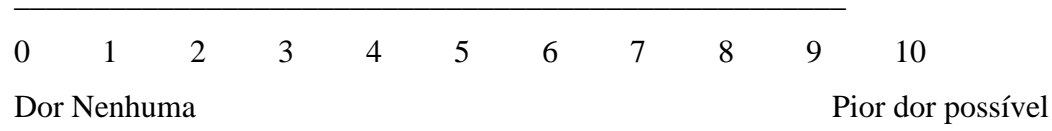
- MELLO, MAF. et al. Processo avaliativo em Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, MMRP.; LUZO, MCM. Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004. p. 74-98;
- MERSKEY H, BOGDUK N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994;
- MOTA, LMH et.al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol 2012;52(2):135-174;
- NUSBAUM L, NATOUR J, FERRAZ M B, GOLDENBERG J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire--Brazil Roland-Morris. Braz J Med Biol Res. 2001 Feb;34(2):203-10;
- PARREIRA MM et al. Papéis ocupacionais de indivíduos em condições reumatológicas. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 2013 maio/ago, 24(2);127-33;
- PASSOS, LFS. Artrite reumatoide: novas opções terapêuticas. ISBN: 978-85-7967-108-1 Vol. 1, Nº 15 Brasília, setembro de 2016;
- PEDRETTI, L.; EARLY, MB. Desempenho ocupacional e modelos de prática para disfunção física. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas. 5. ed. São Paulo: Roca, 2005, p. 3-13;
- PEDROSO, RA.; CELISH, KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-6, 2006;
- PIMENTA CAM. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA MJ, CORRÊA CF, AND PIMENTA CAM, organizadores. Dor: conceitos gerais. São Paulo (SP): Limay; 1994;
- POLIT, DF.; BECK, CT.; HUNGLER, BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004;
- PROVENZA JR, POLLAK DF, MARTINEZ JE, PAIVA ES, HELFENSTEIN M, HEYMANN R, MATOS JMC, SOUZA EJ. Fibromialgia. Rev Bras Reumatol v.44 n.6 p.443-449, 2004;

- RIBEIRO-FILHO & SILVA. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. Funpec, São Paulo, 2006;
- RICE S, MEHTA A, SHAPIRO J, POPE M, HARTG P, MORLEY-FORSTER K and SEQUEIRA R. Teasell Psychological Distress in Out-Patients Assessed for Chronic Pain Compared to Those with Rheumatoid Arthritis D. Pain Research and Management 2016, Article ID 7071907, 7 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7071907>;
- ROBINSON K, KENNEDY N, HARMON D. Review of occupational therapy for people with chronic pain. Australian Occupat Therapy J v. 58 n. 2 p. 74-81, 2011;
- SÁ K, Baptista, AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. Rev Saúde Pública 2009;43(4):622-30;
- SALAFFI F, CAROTTI M, GASPARINI S, INTORCIA M, GRASSI W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. Health Quality of Life Outcomes. v.7 n.25, p.1-12, 2009;
- SARDA JJJ, NICHOLAS M, PIMENTA CAM, et al. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. Rev Dor v.11 n.1 p.28-35, 2010;
- SILVA, TFG et. al. Comparação dos efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea e da hidroterapia na dor, flexibilidade e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.15, n.2, p.118-24, abr./jun. 2008;
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDO PARA A DOR - SBED. Hospital sem dor: Diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. Disponível em: <[http://www.dor.org.br/profissionais/ 5_sinal_vital.asp](http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp)>. Acesso em: 25 de março 2017;
- SOKKA H, KAUTIAINEN T, PINCUS et al. Work disability remains a major problem in rheumatoid arthritis in the 2000s: data from 32 countries in the QUEST-RA study, Arthritis Resear Ther, 2010 12(2) article R42;
- TEIXEIRA M., TEIXEIRA WGJ, SANTOS FPS, et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. Rev Med v.80 ed. esp. pt.1 p.1-21, 2001;

- Teixeira MJ, Pimenta CAM Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ (ed). Dor: conceitos gerais, São Paulo, Limay 1995.61p.

12. ANEXO I

EVA



13. ANEXO II

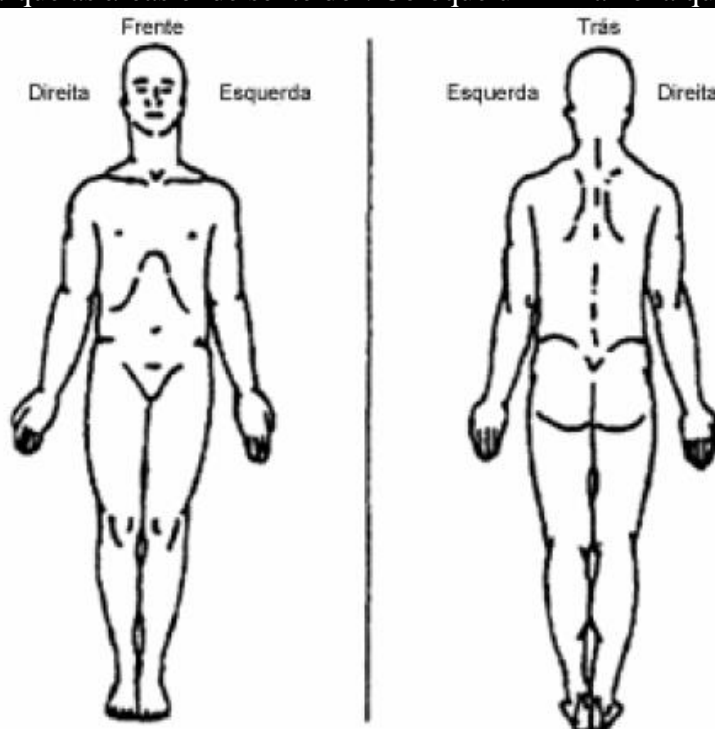
INVENTÁRIO BREVE DE DOR

1- Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez e quando (tais como: dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dente). Durante a última semana você sentiu alguma dor diferente destas dores comuns?

_____ Sim

 Não

2- Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que dói mais.



3- Por favor, classifique a sua dor assinalando com um único círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu MÀXIMO durante a última semana

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor A pior dor que
você imagina

4- Por favor, classifique a sua dor assinalando com um único círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu MÍNIMO durante a última semana

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que

você
imagina

5- Por favor, classifique a sua dor assinalando com um único círculo o número que melhor descreve a sua dor em média

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor

A pior dor que

você
imagina

6- Por favor, classifique a sua dor assinalando com um único círculo o número que indica a intensidade da sua dor NESTE EXATO MOMENTO.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor

A pior dor que

você
imagina

7- Quais tratamentos ou medicamentos está fazendo para aliviar a dor.

8- Na última semana, quanto os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a porcentagem que melhor demonstra o ALÍVIO que sentiu

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%
100%

Nenhum

Alívio

alívio

completo

9- Assinale com um círculo o número que descreve, na última semana em que medida a sua dor interferiu com a sua/seu:

A- Na atividade geral:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não
interferiu
completamente

Interferiu

B- Disposição:

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não | | | | | | | | | | Interferiu | |
| interferiu | | | | | | | | | | | |
| completamente | | | | | | | | | | | |

C- Capacidade para andar a pé:

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não | | | | | | | | | | Interferiu | |
| interferiu | | | | | | | | | | | |
| completamente | | | | | | | | | | | |

D- Trabalho (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa):

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não | | | | | | | | | | Interferiu | |
| interferiu | | | | | | | | | | | |
| completamente | | | | | | | | | | | |

E- Relações com outras pessoas:

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não | | | | | | | | | | Interferiu | |
| interferiu | | | | | | | | | | | |
| completamente | | | | | | | | | | | |

F- Sono:

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não | | | | | | | | | | Interferiu | |
| interferiu | | | | | | | | | | | |
| completamente | | | | | | | | | | | |

G- Prazer de viver:

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não | | | | | | | | | | Interferiu | |
| interferiu | | | | | | | | | | | |
| completamente | | | | | | | | | | | |

14. ANEXO III

Questionário de Incapacidade de Rolland Morris

| | |
|--|--|
| <p>Quando você tem dor, você pode ter dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando tem dor.</p> <p>Quando você ler estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense em você hoje.</p> <p>Assinale com um X apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descrever sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença. Lembre-se assinale apenas a frase que você tiver certeza que descreve você hoje.</p> | |
| 1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor. | |
| 2. Mudo de posição freqüentemente tentando ficar mais confortável com a dor. | |
| 3. Ando mais devagar que o habitual por causa da dor. | |
| 4. Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa. | |
| 5. Por causa da dor eu uso o corrimão para subir escadas. | |
| 6. Por causa da dor eu deito para descansar mais frequentemente. | |
| 7. Por causa da dor eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona. | |
| 8. Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim. | |
| 9. Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores. | |
| 10. Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor. | |
| 11. Por causa da dor tento não me abaixar ou me ajoelhar. | |
| 12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor. | |
| 13. Sinto dor quase todo o tempo. | |
| 14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor. | |
| 15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores. | |
| 16. Tenho dificuldade para colocar minhas meias por causa da dor. | |
| 17. Caminho apenas curtas distâncias por causa das minhas dores. | |
| 18. Não durmo tão bem por causa das dores. | |
| 19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas. | |
| 20. Fico sentado a maior parte do dia por causa da minha dor. | |
| 21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor. | |
| 22. Por causa da dor estou mais irritado e mal humorado com as pessoas do que em geral. | |
| 23. Por causa da dor subo escadas mais vagarosamente do que o habitual. | |
| 24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores. | |

15. ANEXO IV

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton

| | Atividades Sem Ajuda (3) | Com Ajuda Parcial (2) | Não consegue (1) |
|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. O sr. (a) consegue usar o telefone? | | | |
| 2. O sr. (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais? | | | |
| 3. O sr. (a) consegue fazer compras? | | | |
| 4. O sr. (a) consegue preparar suas próprias refeições? | | | |
| 5. O sr. (a) consegue arrumar a casa? | | | |
| 6. O sr. (a) consegue fazer os trabalhos manuais doméstico, como pequenos reparos? | | | |
| 7. O sr. (a) consegue lavar e passar roupas? | | | |
| 8. O sr. (a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário certo? | | | |
| 9. O sr. (a) consegue cuidar de suas finanças? | | | |

16. ANEXO V

Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz

| Atividade | Independência | Sim | Não |
|--------------------|--|-----|-----|
| 1- Banho | Não receber ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo. | | |
| 2- Vestir-se | Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos. | | |
| 3- Higiene pessoal | Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala). | | |
| 4- Transferência | Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala). | | |
| 5- Continência | Controla completamente urina e fezes. | | |
| 6- Alimentação | Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão). | | |

17. APÊNDICE I

FICHA DE AVALIAÇÃO GERAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

*Nome do paciente: _____

_____ * Registro: _____

*Data de Nascimento: ____/____/____

* Idade: _____

*Gênero: F ☐ M ☐

*Estado Civil: _____

* Religião: _____

*Escolaridade:

Analfabeto ☐

2º grau completo ☐

1º grau incompleto ☐

Superior Incompleto ☐

1º grau completo ☐

Superior Completo ☐

2º grau incompleto ☐

Outro ☐

*Procedente de: _____

*CEP: _____

*Telefone para contato: () _____ Celular: () _____

*OCUPAÇÃO

Você está empregado: () sim () não

Se não, por que: _____

Profissão/Ocupação Atual: _____

Profissão/Ocupação Anterior: _____

*ATIVIDADES DE LAZER E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Realiza atividades de Lazer () sim () não

Quais? _____

*DADOS CLÍNICOS

Diagnóstico: _____

Tempo de diagnóstico (mês/ano): _____

Tempo de sintomatologia (mês/ano) _____

Quanto episódios de dor você teve nos últimos três meses? _____

Tratamentos:

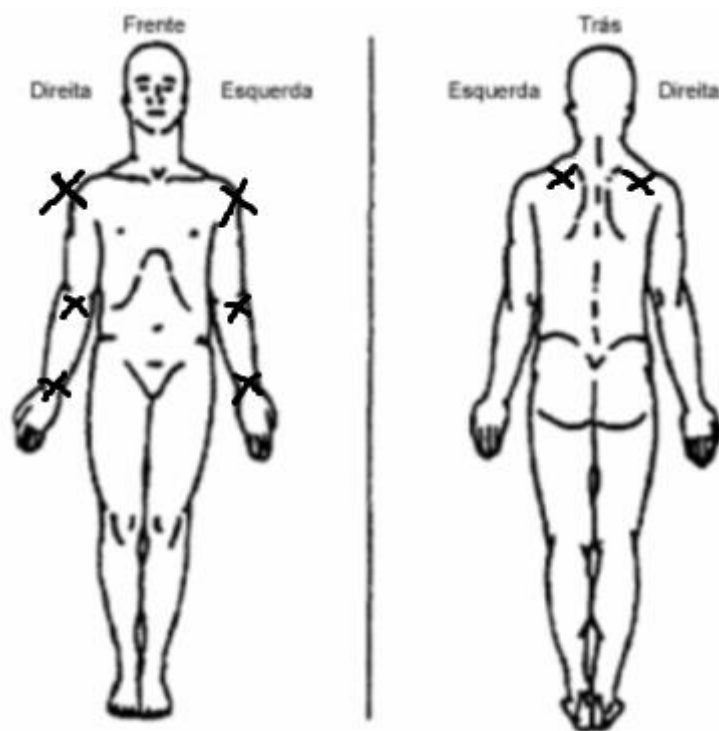
Medicamentos: _____

Outros: _____

Realiza exercícios físicos () Não () Sim Quais? E Quantas vezes na Semana: _____

18. APÊNDICE II

ALGOMETRIA



Deltoide E: _____ Deltoide D: _____ Antebraço E: _____ Antebraço D: _____

Trapézio E: _____ Trapézio D: _____ Punho: E: _____ Punho D: _____

19. APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar da pesquisa: “**Dores Crônicas e determinantes biopsicossociais e culturais: proposta de avaliação desta população no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal**”.

JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O objetivo desta pesquisa é avaliar e caracterizar o paciente com dor crônica nos aspectos biopsicossociais e culturais e correlacionar estas variáveis, a fim de identificar possíveis fatores de risco e proteção para a vivência da dor. Com isso, serão identificados os determinantes biopsicossociais e culturais, como os aspectos fisiopatológicos, clínicos, biomecânicos e psicossociais alterados significativamente nos pacientes com dor crônica, determinando os fatores protetivos e de risco para o agravamento das limitações desses pacientes. Esses fatores serão importantes para direcionar as avaliações e tratamentos dos pacientes com dor crônica, auxiliando o sistema público de saúde e diminuindo os gastos públicos.

A sua participação será por meio de quatro etapas que acontecerão em momentos distintos. A primeira trata-se de uma entrevista com dados gerais e clínicos, perfil sociodemográficos, Inventário Breve de Dor, Escala Visual Analógica de Dor, Algometria, Classificação Econômica Brasil com duração média de uma hora. Após esta, teremos a coleta sanguínea para identificar fatores bioquímicos ligados à vivência da dor e estresse. Serão coletados 15ml de sangue em três tubos coletores diferentes, mas com uma única punção.

Após esta etapa, serão agendados dois novos encontros. No primeiro, serão avaliados os aspectos psicossociais, por meio de questionários a serem aplicados pelo pesquisador, com duração de cerca de uma hora e trinta minutos. No segundo encontro serão feitas avaliações biomecânicas, com avaliação do movimento de pegar um copo por imagem, se o músculo contrai no momento correto, quanto tempo você mantém a contração e a força desta contração, e avaliação da temperatura corporal por câmera fotográfica específica.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Este estudo acarretará como risco ao paciente um agravamento do quadro de dor crônica, tanto pelos aspectos biomecânicos e psicossociais. Além de desconfortos causados pela coleta de sangue, que serão prevenidos seguindo as orientações da ANVISA para a realização da coleta. Nestes casos a coleta será cessada e o paciente será oferecido acompanhamento fisioterápico e terapêutico ocupacional. Este trabalho tem como meta identificar os determinantes biopsicossociais e culturais de pacientes portadores de dor crônica. Assim, será realizada uma caracterização, dos aspectos fisiopatológicos, clínicos, biomecânicos e psicossociais, que permitirá modificações na forma de avaliar os pacientes e em políticas públicas na atenção à saúde. Além disso, pretende-se identificar os fatores protetivos e de risco para o agravamento das limitações, ou seja, agindo na prevenção terciária, favorecendo e fortalecendo as ações dentro do âmbito do SUS a ser implantado no SES-DF. Essa identificação permitirá aperfeiçoar o planejamento e a execução de tratamentos, aumentando a sua eficácia e contribuindo para a vida ativa, autonomia e qualidade de vida. Também possibilitará um acesso precoce à atenção à saúde e diminuirá o tempo de acompanhamento no serviço e, com isso, manterá estes pacientes mais ativos e diminuirá os gastos financeiros no âmbito da previdência social e da saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento), qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você. Mas se em algum momento você se sentir prejudicado poderá pedir indenização e ressarcimento dos seus gastos. E também não trará interferência no seu tratamento clínico.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Leticia Meda Vendrusculo Fangel certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Leticia Meda Vendrusculo Fangel no telefone (61) 983549533 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. O comitê de ética tem como importante papel de resguardar e defender os interesses dos sujeitos participantes da pesquisa sem riscos e com ética. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: . (61) 3107-1947 e cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento ao público de segunda-feira a sexta-feira das 10:00hs às 12:00hs e das 13:30hs às 15:30hs.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável: Ms^a Leticia Meda Vendrusculo Fangel

Brasília, ____ de _____ de _____